



Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

Prima mensual del plan para las personas que reciben Ayuda Adicional de Medicare a fin de ayudarlas a pagar los costos de sus medicamentos recetados

Si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudarlo a pagar los costos del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, su prima mensual del plan será menor de lo que sería si usted no recibiera Ayuda Adicional de Medicare. El monto de la Ayuda Adicional que obtenga determinará su prima mensual total del plan como miembro de nuestro plan.

En esta tabla, se indica cuál será su prima mensual del plan si recibe Ayuda Adicional.

Su nivel de Ayuda Adicional	Prima mensual para Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)*
100 %	\$0.00
75 %	\$0.00
50 %	\$0.00
25 %	\$0.00

* Esto no incluye ninguna prima de Medicare Parte B que usted pueda tener que pagar.

Molina Medicare Complete Care incluye cobertura tanto para los servicios médicos como para los medicamentos recetados.

Si no recibe Ayuda Adicional, puede consultar si cumple con los requisitos para recibirla llamando a los siguientes números de teléfonos o instituciones:

- 1-800-Medicare; los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 (las 24 horas del día/los 7 días de la semana).
- La oficina de Medicaid de su estado.
- La Administración del Seguro Social al número de teléfono 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778, entre las 7:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 424-4495, (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m., local time.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros idiomas que no sean inglés o en otros formatos, tales como letra de molde grande, sistema Braille o audio. Llame al (800) 424-4495 TTY 711. Esta llamada es gratuita.

Molina Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.



ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (800) 424-4495 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (800) 424-4495 (TTY 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (800) 424-4495 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오.